

А. М. Кушнір

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МІШЕНІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ

А. Н. Кушнір

Дифференцированные реабилитационные мишени у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния против жизни человека

А. М. Kushnir

Differentiated rehabilitation targets in patients with schizophrenia, who committed social dangerous act against human life

Проведене популяційне поперечне дослідження 511 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, які вчинили особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння (СНД). В основу розподілу на групи порівняння покладений психопатологічний механізм реалізації (МР) СНД: до дослідження включені 251 хворий з продуктивно-психотичним МР СНД та 127 хворих з негативно-особистісним МР СНД. Встановлено вірогідні різниці показників реабілітаційного діагнозу для кожної з досліджених груп і на цьому ґрунті визначені диференційовані за психопатологічним механізмом мішені реабілітаційного втручання в умовах застосування примусових заходів медичного характеру, до яких відносили ресурс підтримки в суспільстві; функціональну недостатність; ресурсну систему особистості та рівень психосоціальної адаптації. Розроблені напрямки реабілітаційних втручань.

Ключові слова: шизофренія, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, повторні особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння, медико-соціальна реабілітація, мішені реабілітації

Проведено популяційне поперечне дослідження 511 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, совершивших особенно тяжкие общественно опасные деяния (ООД). В основу деления на группы сравнения положен психопатологический механизм реализации (МР) ООД: в исследование включены 251 больной с продуктивно-психотическим МР ООД и 127 больных с негативно-личностным МР ООД. Установлены достоверные различия показателей реабилитационного диагноза для каждой из исследованных групп и на этой основе определены дифференцированные по психопатологическим механизмам мишени реабилитационного вмешательства в условиях применения принудительных мер медицинского характера, к которым относили ресурс поддержки в обществе; функциональную недостаточность ресурсную систему личности и уровень психосоциальной адаптации. Разработаны направления реабилитационных вмешательств.

Ключевые слова: шизофрения, общественно опасные деяния против жизни человека, повторные особенно тяжкие общественно опасные деяния, медико-социальная реабилитация, мишени реабилитации

A cross-sectional study of 511 men population with paranoid schizophrenia, who committed especially grave social dangerous act (SDA) were conducted. On the base of assign in the comparison group laid the psychopathological mechanism (PM): the study included 251 patients with productive-psychotic PM SDA and 127 patients with negative-personal PM SDA. Authentic differences in the rehabilitation diagnosis indicators for each of the groups studied were established, and on this basis the defined differentiated by the psychopathological mechanism of the target of rehabilitation intervention in the conditions of the use of compulsory measures of a medical nature, which included the resource of support in society; functional deficiency; resource system of personality and level of psychosocial adaptation. Directions of rehabilitation interventions are developed.

Keywords: schizophrenia, socially dangerous acts against the life of a person, repeated especially grave socially dangerous acts, medico-social rehabilitation, target rehabilitation

Проблема реабілітації та ресоціалізації пацієнтів з психічними розладами, які вчинили суспільно небезпечні діяння проти життя особи (СНД ПЖО), і її головні аспекти, як-от створення науково обґрунтованих диференційованих лікувально-реабілітаційних програм і критеріїв їх ефективності, а також прогностична оцінка можливості повторних СНД, до теперішнього часу лишаються найменш розробленими розділами судової психіатрії [2, 5]. У сучасній вітчизняній психіатрії надзвичайно мало робіт, присвячених реабілітації пацієнтів з психічними розладами в умовах примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) [1, 4, 5].

В цей час психосоціальна реабілітація активно впроваджується за різними напрямками надання медичної допомоги [3, 7]. В рамках психіатричної допомоги психосоціальна реабілітація пройшла складний шлях становлення і розвитку. Зміни торкнулися, зокрема, структурної і методично-організаційної побудови медичних закладів, що здійснюють ПЗМХ [1, 3]. Аналіз принципів проведення ПЗМХ, що існували раніше, дозволяє констатувати, що вони здебільшого ґрунтувалися на патерналістській моделі, згідно з якою пацієнта розглядали як об'єкт впливу, при цьому не враховували його індивідуальні, соціальні, особистісні характеристики, не приділяли уваги підви-

щенню мотивації пацієнта в процесі лікування та акцент здійснювали лише на фармакотерапію в профілактиці СНД ПЖО. Традиційна психіатрична практика з використанням клініко-діагностичного підходу і фармакотерапії була орієнтована лише на патологічний процес і робила неможливим надання пацієнтам повноцінної та якісної психіатричної допомоги [5, 10]. Відомо, що медикаментозне лікування дозволяє досягти редукції окремих психопатологічних симптомів, зниження необхідності фізичного обмеження хворих, однак воно не впливає на особливості їх якості життя і соціального функціонування поза лікарнею і не знижує ризику здійснення повторних СНД ПЖО [6, 10]. Можливості біологічної терапії обмежені купіруванням («пом'якшенням») клінічних проявів хвороби та не можуть бути адекватним інструментом для підвищення адаптивних ресурсів особистості пацієнта, поліпшення його соціальної компетентності та рольових функцій [1, 5]. Тому на зміну медичній моделі надання психіатричної допомоги з патерналістським підходом прийшла біопсихосоціальна модель, яка спирається на партнерський принцип взаємодії з пацієнтом [9].

Біопсихосоціальний підхід ґрунтується на уявленні про реабілітацію як систему, спрямовану на досягнення певної мети (часткове або повне відновлення особистого і соціального статусу пацієнта) за допомогою опосередкування через особистість лікувально-відновних впливів

і заходів, з урахуванням як клініко-біологічних, так і психологічних, а також соціальних факторів в процесі сано-генезу [8, 9]. Кожен з цих аспектів треба розглядати суто індивідуально, з урахуванням особистості конкретної людини і сучасних принципів надання реальних повноважень, вселення надії та орієнтації на одужання [10].

Біопсихосоціальна модель реабілітації є найбільш універсальною і відображає підхід до пацієнта з погляду єдності його психічних, особистісних і соціальних особливостей [3—6]. Очевидна перевага біопсихосоціальної моделі полягає в комплексності застосування лікувальних, організаційних і реабілітаційних заходів за участю мультидисциплінарної команди фахівців, що надають послуги в сфері психічного здоров'я [9].

Отже, на сучасному етапі стала очевидною нагальна потреба створення нової концепції проведення ПЗМХ та впровадження в практику нових реабілітаційних технологій з урахуванням біопсихосоціального підходу та визначенням диференційованих мішеней реабілітаційного втручання для цього контингенту хворих.

Зазначене і зумовило мету дослідження — на ґрунті структурно-семантичного підходу до реабілітаційного діагнозу визначити диференційовані реабілітаційні мішені у хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння проти життя особи.

На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом (м. Дніпро) проведено популяційне дослідження чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО в Україні. Всього обстежено 511 пацієнтів у віці від 16 до 76 років (середній вік — $39,72 \pm 0,50$ років), переважно

з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30 %), здебільшого — з безперервним типом перебігу. За ознакою психопатологічного механізму реалізації (МР) СНД пацієнти були поділені на дві групи: продуктивно-психотичний (П-П) МР СНД, встановлений у 251 пацієнта, та негативно-особистісний (Н-О) МР СНД — у 127 пацієнтів.

Для виокремлення маркерів-мішеней реабілітаційного втручання проведений компаративний аналіз показників за осями реабілітаційного діагнозу (РД) пацієнтів відповідно до досліджених груп. Для усіх ознак, частота яких в групах порівняння була вірогідно різною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (МІ) [11].

Нагальна потреба розроблення і впровадження в сьогоденну судово-психіатричну практику сучасних реабілітаційних заходів, що побудовані з урахуванням діагнозу зі зміщенням акценту втручання «з хвороби на пацієнта», підтверджується також встановленою ієрархією компонентів їх реабілітаційного діагнозу (за результатами компаративного аналізу обстежених з різними МР СНД).

Зафіксований такий рейтинговий розподіл маркерів П-П МР СНД (ознак, що стійко супроводжують цей МР СНД) за рівнями РД: ресурс підтримки в суспільстві; функціональна недостатність; ресурсна система особистості; рівень психосоціальної адаптації.

Серед маркерів Н-О МР СНД перші місця в рейтингу також займають рівень ресурсу підтримки в суспільстві і функціональна недостатність, далі йдуть рівень психосоціальної адаптації, ресурсна система особистості (табл. 1).

Таблиця 1. Сумарна діагностична цінність ($\Sigma_{ДК}$) та інформативність ($\Sigma_{МІ}$) складових реабілітаційного діагнозу, частота яких вірогідно відрізнялась в групах хворих з різними МР СНД (в порядку зменшення $\Sigma_{МІ}$)

Рівень РД	Складові	Показник	$\Sigma_{ДК}$	$\Sigma_{МІ}$	$\Sigma_{серДК}$	$\Sigma_{серМІ}$
Маркери продуктивно-психотичного механізму реалізації СНД						
Ресурс підтримки у суспільстві	ресурс сімейної та соціальної підтримки	незакінчена вища освіта; допомога третім особам як єдиний спосіб існування; служба в армії; значна стурбованість проблемами працевлаштування; отримує пенсію по інвалідності; важливість консультацій через проблеми спілкування; дуже сильна стурбованість проблемами в сім'ї до СНД; фізичне, емоційне насильство щодо хворого в сім'ї; байдужість пацієнта до проведення вільного часу; серйозні конфлікти до СНД в сім'ї і за її межами	-100,17	4,34	-4,36	0,19
Ресурсна система особистості	тип психологічного захисту	провідні механізми психологічного захисту: раціоналізація, компенсація	-15,58	1,93	-3,89	0,48
	тип психологічної компенсації	поведінкова копінг-стратегія — відступ				
Функціональна недостатність	когнітивна сфера	P2 — розлади мислення (концептуальна дезорганізація), N7 — стереотипне мислення, N6 — порушення спонтанності і плавності мови, N5 — порушення абстрактного мислення, G11 — порушення уваги	-21,66	1,92	-1,81	0,16
	емоційно-мотиваційна сфера	N4 — пасивно-апатична соціальна відгородженість, N2 — емоційна відгородженість, N1 — притуплений афект, G8 — мало-контактність, G15 — занурення у психічні переживання, G16 — активна соціальна відстороненість, G14 — недостатній контроль імпульсивності				
Психосоціальна адаптація	кількісна характеристика	очевидний і максимальний рівень дисфункції за сферами інформованості й інтересів, сімейно-побутової діяльності; дуже серйозний рівень дисфункції за сферами діяльності у сім'ї і вдома, навчання і трудової діяльності; низька психосоціальна адаптація у сферах життєдіяльності і працездатності	-18,89	1,43	-2,09	0,16
	якісна характеристика	тип пристосувальної поведінки: P7 — ворожість, N6, G8, G15, G16 (див. вище)				

Рівень РД	Складові	Показник	$\Sigma_{\text{ДК}}$	$\Sigma_{\text{МІ}}$	$\Sigma_{\text{серДК}}$	$\Sigma_{\text{серМІ}}$
Маркери негативно-особистісного механізму реалізації СНД						
Ресурс підтримки у суспільстві	ресурс сімейної та соціальної підтримки	<i>середній рівень освіти, відсутність потреби у працевлаштуванні через інвалідність; конфлікти з членами сім'ї (дітьми, партнером, братами, сестрами), колегами по роботі, проживання з родичем з психічним розладом</i>	46,47	2,41	2,73	0,14
	контекстуальні (соціально-дез-адаптуючі чинники)	агресивність, вживання психоактивних речовин, недостатні активність та харчування (Z72); прагнення проводити час у кімнаті для загального перебування в умовах ПЗМХ				
Функціональна недостатність	когнітивна сфера	N7, P2 (<i>див. вище</i>)	17,22	1,68	1,91	0,19
	емоційно-мотиваційна сфера	N2, N1, N4, N3 — недостатній рапорт, G8, G15, G16 (<i>див. вище</i>)				
Психосоціальна адаптація	кількісна характеристика	очевидний рівень дисфункції: батьківська роль, емоційні відносини подружнього життя, тривалість перебування у стаціонарі, сімейно-побутова сфера, інформованість і інтереси (очевидний та нижче рівень дисфункції)	17,66	1,43	1,77	0,14
	якісна характеристика	очевидний рівень дисфункції у сфері діяльності у сім'ї і вдома; низька психосоціальна адаптація у сферах життєдіяльності і працездатності				
		тип пристосувальної поведінки: G8, G15, G16				
Ресурсна система особистості	тип психологічного захисту	провідні механізми психологічного захисту: раціоналізація, компенсація	4,73	0,74	2,37	0,37

Примітки. $\Sigma_{\text{ДК}}$ — середня діагностична цінність показників, $\Sigma_{\text{МІ}}$ — середня інформативність. Курсивом надруковано ознаки, що не можливо корегувати за допомогою комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм. Наведені тільки ті показники, частота яких вірогідно розрізнялася в групах хворих з різними МР СНД ($p < 0,05$), $M_{\text{min}} \geq 0,1$

Отримані дані дозволили, з одного боку, визначити семіотику РД, властиву певному психопатологічному механізму (відносно співвідношення частот кожної ознаки в групах порівняння, тобто її сполучення з конкретним МР СНД [діагностична цінність — ДК]), а з іншого — структуру та інтенсивність реабілітаційних втручань, зумовлених інформативністю показника/рівня РД (абсолютна частота ознаки [питома вага осіб з цією ознакою] в популяції хворих з конкретним МР СНД [міра інформативності — МІ]). Відомості, наведені в табл. 1, вказують, по-перше, на необхідність векторних відмінностей реабілітаційних впливів залежно від психопатологічного механізму реалізації делікту, а по-друге — на сфери найбільшої вразливості за рівнями РД (низький ресурс підтримки в суспільстві, функціональна недостатність) у особливо небезпечних хворих на шизофренію.

Самі показники, наведені у табл. 1, за теоретичною суттю є маркерами/ознаками, що супроводжують певний психопатологічний механізм (вірогідно, при значенні $p < 0,05$, з високим рівнем інформативності, $M_{\text{min}} \geq 0,1$), що доведено за допомогою дослідження відношення частот їх реєстрації в обстежених групах, проведеного на засадах доказової медицини, а їх клінічне значення полягає у тому, що вони безпосередньо являють собою мішені диференційованих за П-П або Н-О МР СНД реабілітаційних втручань.

З метою повноцінного використання реабілітаційного потенціалу хворих, а саме: відновлення соціального функціонування через зменшення рівнів їх функціональної недостатності та дисфункції, підвищення рівнів ресурсу підтримки та суспільстві, психосоціальної адаптації, ресурсної системи особистості — замало для якісної

реалізації мети і завдань ПЗМХ. Тому нами були виокремлені чинники ризику-антиризiku скоєння СНД ПЖО пацієнтами з шизофренією. Отримані результати дозволили розробити прогностичні таблиці оцінення ризику здійснення повторних суспільно небезпечних діянь хворими на шизофренію (з П-П та Н-О МР СНД), а завдання підвищення ефективності лікування і реабілітації таких осіб загалом реалізувались завдяки прогнозу вірогідності повторного делікту та формування відповідних груп ризику, до яких застосовували оптимальні заходи профілактики СНД. При цьому послідовність останніх формували на підставі рейтингу інформативності груп та чинників ризику-антиризiku повторних СНД (табл. 2).

Якщо розглядати дані, наведені у табл. 1 і 2, стає очевидним, що маркери та прогностичні чинники ризику-антиризiku відповідно до певного МР СНД доцільно поділити на дві групи. Аналіз першої групи ознак (показники, що надруковано курсивом у табл. 1 і 2) дозволив, з одного боку, виокремити хворих групи ризику повторних СНД, а з другого — вказував на той факт, що за своїм змістом (анамнестичні відомості, певний матеріально-побутовий, соціальний стан тощо у минулому) вони не можуть бути трансформованими завдяки реабілітаційним впливам. Тоді як інша група маркерів/чинників (надруковано звичайним шрифтом в табл. 1 і 2) характеризує такі особливості пацієнтів, які можуть бути перетвореними/видозміненими в процесі реабілітації в умовах ПЗМХ. І ця трансформація повинна сприяти зменшенню суспільної небезпеки зазначеного контингенту за допомогою цілеспрямованих комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм.

Таблиця 2. Рейтинг груп та окремих прогностичних чинників ризику-антиризичу скоєння повторних деліктів обстеженими (у порядку зменшення $\Sigma_{ДК}/\Sigma_{МІ}$)

Рейтинг групи чинників ($\Sigma_{ДК}/\Sigma_{МІ}$)	Прогностичні чинники ризику-антиризичу повторних СНД у хворих з Н-О МР СНД	Рейтинг групи чинників ($\Sigma_{ДК}/\Sigma_{МІ}$)	Прогностичні чинники ризику-антиризичу повторних СНД у хворих з П-П МР СНД
Чинники ризику повторних СНД			
I. Освіта, робота, засоби існування (-23,44/2,09)	<i>не служив в армії через судимість; немає житла; останні 3 роки перебував в ув'язненні або в умовах ПЗМХ</i>	I. Психічний статус (-67,54/2,72)	ейфорія; виражений психопатоподібний дефект особистості; реактивні утворення як клінічна форма реагування на дефект особистості; гіпомнезія; дуже сильна заклопотаність психологічними чи емоційними проблемами за 30 днів до СНД; продуктивний контакт; логічно-сміслові мислення; абстрактно-логічне мислення; відсутність мікропсій; парабулія; емоційне огрубіння; проміжний тип реагування на дефект особистості
II. Судово-психіатричні аспекти СНД (-16,51/1,94)	ініціативний МР СНД; кримінальний досвід, антисоціальні настанови, моральний дефект; агресивна поведінка в умовах ПЗМХ	II. Освіта, робота, засоби існування (-19,02/2,56)	<i>не служив в армії через судимість; не має посвідчення водія</i>
III. Психічний статус (-12,88/1,02)	моральне огрубіння; відсутність маревних переживань; нестійкість уваги	III. Судово-психіатричні аспекти СНД (-18,41/1,11)	надактивна поведінка в умовах ПЗМХ; контекстуальні чинники, пов'язані зі способом життя (вживання психоактивних речовин, недостатні активність і харчування); регрес рецидиву; стан продрому; спрямованість СНД проти незнайомої особи
IV. Реабілітаційний потенціал (-17,35/0,96)	мінімальний рівень дисфункції в сфері навчання і трудової діяльності; відсутність комунікативного дефіциту; низький ресурс реабілітаційного втручання; обмежений ресурс сімейної підтримки	IV. Сім'я та соціальні зв'язки (-11,23/0,61)	<i>розлучений; гіперопіка, вседозволеність в батьківській родині; серйозні проблеми в спілкуванні з партнером протягом життя; значна стурбованість проблемами в спілкуванні за межами сім'ї за 30 днів до СНД; проведення вільного часу до госпіталізації з друзями</i>
V. Сім'я та соціальні зв'язки (-7,82/0,77)	<i>самостійне проживання; проживання з особами, що палять</i>	V. Анамнез СНД (-9,45/0,42)	помірна необхідність юридичного консультування та допомоги; вважає «проблеми з законом» помірно серйозними; притягувався до адміністративної відповідальності в минулому
VI. Наркологічний анамнез (-4,70/0,31)	залежність від психоактивних речовин	VI. Загальні відомості (-10,53/0,39)	<i>безхатько; недієдатний</i>
VII. Анамнез СНД (-5,08/0,29)	вважає власні «проблеми з законом» серйозними	VII. Наркологічний анамнез (-4,80/0,30)	<i>вживав героїн / інші опіоїди; алкоголь; поєднане вживання психоактивних речовин; потребує лікування в зв'язку з залежністю від психоактивних речовин</i>
		VIII. Реабілітаційний потенціал (-2,17/0,12)	копінг-стратегія, що спрямована на розв'язання проблем
Чинники антиризичу повторних СНД			
I. Психічний статус (34,57/2,1)	необхідність отримання консультацій у зв'язку з психологічними і емоційними проблемами, на думку хворого; вольова сфера без патології; гіпермімія; поведінка без особливостей, антисоціальна; продуктивна стадія психозу	I. Психічний статус (32,52/1,63)	монотонність емоцій; сильна необхідність консультації чи лікування в зв'язку з психологічними чи емоційними проблемами, на думку хворого; в'язке, торпідне мислення; емоційна тупість; астенічний тип реагування на дефект особистості; звужений обсяг уваги; розірване мислення; невідповідність інтелекту віку, досвіду, отриманій освіті; наявність макропсій
II. Реабілітаційний потенціал (9,67/0,84)	достатній ресурс сімейної підтримки; серйозний рівень дисфункції в навчанні і трудовій діяльності, діяльності в сім'ї і вдома; достатній ресурс реабілітаційного втручання	II. Судово-психіатричні аспекти СНД (22,75/0,99)	падіння ініціативи, пасивність в умовах ПЗМХ; контекстуальні чинники, пов'язані з труднощами вирішення повсякденних життєвих питань (вигорання, стрес, акцентуація особистісних рис, брак відпочинку) та питань психосоціального характеру; дебют шизофренії; активний тип суспільної небезпеки, генералізований варіант; <i>припинення СНД на стадії замаху</i> ; безглузда мотивація, реалізація маревних проєктів

Рейтинг групи чинників ($\Sigma_{ДК}/\Sigma_{МІ}$)	Прогностичні чинники ризику-антиризiku повторних СНД у хворих з Н-О МР СНД	Рейтинг групи чинників ($\Sigma_{ДК}/\Sigma_{МІ}$)	Прогностичні чинники ризику-антиризiku повторних СНД у хворих з П-П МР СНД
III. Сім'я та соціальні зв'язки (13,82/0,76)	дуже сильна необхідність консультування і допомоги в зв'язку з сімейними і соціальними проблемами, на думку лікаря; байдужість до проведення вільного часу; проведення вільного часу з сім'єю до госпіталізації	III. Освіта, робота, засоби існування (9,37/0,46)	звільнення з армії не пов'язане з психічним розладом; значна стурбованість або заклопотаність проблемами з працевлаштуванням протягом 5 років до ПЗМХ
IV. Судово-психіатричні аспекти СНД (6,53/0,50)	спрямованість СНД проти члена сім'ї, бажання проводити час в лікувально-трудоx майстернях в умовах ПЗМХ	IV. Наркологічний анамнез (4,00/0,45)	ніколи не вживав психоактивні речовини
V. Освіта, робота, засоби існування (5,77/0,41)	звичний (останній) вид занять — робітник приватного сектора; звільнення з армії не пов'язане з психічним розладом	V. Сім'я та соціальні зв'язки (12,35/0,35)	дуже сильна стурбованість проблемами в спілкуванні за межами сім'ї за 30 днів до СНД; значна стурбованість проблемами в сім'ї за 30 днів до СНД
VI. Анамнез СНД (2,54/0,24)	не вважає власні «проблеми з законом» серйозними	VI. Реабілітаційний потенціал (3,94/0,33)	копінг-стратегія, спрямована на уникнення; низький ресурс сімейної підтримки
		VII. Анамнез СНД (5,64/0,26)	слабка, незначна необхідність юридичного консультування і допомоги; не вважає «проблеми з законом» серйозними

Примітки. Від'ємні значення $\Sigma_{ДК}/\Sigma_{МІ}$ відповідають факторам ризику

До зазначених складових реабілітаційного діагнозу належать:

а) У пацієнтів з П-П МР СНД виокремлено такі напрямки та види реабілітаційних впливів у межах комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм стосовно:

— ресурсу підтримки у суспільстві — консультування та психокорекція з питань працевлаштування, спілкування, розв'язання проблем у родині, зокрема з питань запобігання емоційному насильству з боку членів сім'ї щодо пацієнта, конфліктів (зокрема і за її межами);

— ресурсної системи особистості — лікувально-реабілітаційна робота щодо трансформації зрілих, але спотворених процесуальних захворюванням механізмів психологічного захисту (раціоналізація і компенсація у вигляді паралогічної понятійної системи щодо маячних та галюцинаторних переживань) у більш адаптивні, а також поведінкової копінг-стратегії «відступ» — в «уникнення»;

— функціональної недостатності — адекватна психотерапія позитивної та негативної симптоматики процесуального захворювання;

— психосоціальної адаптації — психо- та фармакокорекція дисфункції за сферами інформованості й інтересів, сімейно-побутової діяльності у сім'ї та вдома, навчання та трудової діяльності, а також типу пристосувальної поведінки щодо ворожості, порушення спонтанності і плавності мови, малокожності, занурення у психотичні переживання, активної соціальної відстороненості.

Щодо пацієнтів з Н-О МР СНД, це — заходи, спрямовані на потенціювання та відновлення:

— ресурсу підтримки у суспільстві — адекватна терапія, консультування та психокорекція з питань вирішення та запобігання конфліктів з членами сім'ї (дітьми, партнером, братами, сестрами), колегами по роботі. Лікувально-реабілітаційні заходи спрямовані на усунування соціально-дезадаптуючих чинників, що пов'язані зі способом життя (вживання психоактивних речовин, недостатність активності та харчування [Z72]), активне залучення у продуктивний реабілітаційний процес замість проведення часу у кімнаті для загального перебування в умовах ПЗМХ;

— функціональної недостатності — адекватна психотерапія позитивної та негативної симптоматики процесуального захворювання;

— психосоціальної адаптації — психотерапія та психокорекція дисфункції за сферами батьківської ролі, емоційних відносин сімейного життя, сімейно-побутової діяльності, інформованості й інтересів, діяльності у сім'ї та вдома, а також типу пристосувальної поведінки щодо малокожності, занурення у психотичні переживання, активної соціальної відстороненості;

— ресурсної системи особистості — лікувально-реабілітаційна робота щодо трансформації спотворених процесуальних захворюванням механізмів психологічного захисту (раціоналізація і компенсація у вигляді паралогічної понятійної системи щодо маячних та галюцинаторних переживань) у більш адаптивні.

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

Зафіксований такий рейтинговий розподіл маркерів П-П МР СНД (ознак, що стійко супроводжують цей психопатологічний механізм) за рівнями дисфункції (у порядку зменшення діагностичної цінності та інформативності): ресурс підтримки в суспільстві; функціональна недостатність; ресурсна система особистості; рівень психосоціальної адаптації. Серед маркерів Н-О МР СНД перші місця в рейтингу також займають рівень ресурсу підтримки в суспільстві і функціональна недостатність, рівень психосоціальної адаптації та ресурсна система особистості.

Використання отриманих даних щодо диференційованих за психопатологічним механізмом маркерів-мішеней

реабілітаційного втручання та потенційного ризику вчинення повторних деліктів пацієнтами з шизофренією дозволить визначити ефективні напрямки та види реабілітаційних втручань для цього контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Абдраязкова А. М., Кабанова Т. Н., Жумагалиева М. Ю. Методология и методы оценки психокоррекционных и социально-реабилитационных мероприятий, реализуемых во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы. 2012. Вып. 9. С. 3—15.
2. Абрамов В. А. Ряполова Т. Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : монографія. Донецк, 2009. 584 с.
3. Анисимова Н. А. Терапия и психосоциальная реабилитация больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия». Москва, 2008, 20 с.
4. Белоус И. В., Березанцев А. Ю. Профилактика общественно опасных форм поведения у больных шизофренией в условиях активного диспансерного наблюдения // Судебная психиатрия. Профилактика противоправного поведения лиц с психическими расстройствами. 2011. Вып. 8. С. 15—35.
5. Винникова И. Н. Меры медицинской профилактики общественно опасных действий больных шизофренией (терапевтические, реабилитационные и фармакоэкономические аспекты принудительного лечения) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психиатрия». Москва, 2009. 33 с.
6. Березанцев А. Ю., Белоус И. В. Качество жизни и социальная адаптация больных шизофренией с общественно опасными

формами поведения в условиях амбулаторной психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2011. № 2. С. 4—12.

7. Буздиган О. Г. Клініко-функціональні особливості хворих на шизофренію як основа оптимізації підходів до їх психосоціальної реабілітації з урахуванням гендерного фактора // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 3 (86). С. 33—40.

8. Мішиєв В. Д. Гриневиц Є. Г., Кушнір А. М. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, шизотипові та маячні розлади : методичні рекомендації. Київ : НМАПО імені П. Л. Шупика, 2012. 38 с.

9. Оруджев Н. Я., Тараканова Е. А. Биопсихосоциальная концепция, качество жизни и реабилитация больных шизофренией // Казанский медицинский журнал. 2010. № 2. С. 7—13.

10. Samoilova D. D., Baryluk Y. B. Studying of psychorehabilitational potential in patients with schizophrenia at different stages of psychopharmacotherapy // European journal of biomedical and life sciences. 2016. No. 3. С. 29—35.

11. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.

Надійшла до редакції 24.05.2018 р.

КУШНІР Анатолій Миколайович, головний лікар Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

KUSHNIR Anatolii, Head Physician of the State Institution "Ukrainian mental hospital with the high security of Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine